



## PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE

**ПЛАН ПЛАТЕЖЕЙ ДОВЕРЕННОМУ ПОЛУЧАТЕЛЮ,  
НАЗНАЧЕНИЕ ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ДЛЯ  
ДАННОГО ДЕЛА И ИЗВЕЩЕНИЕ О ЗАКРЫТИИ  
ДЕЛА**

1. ОФИС ОБЩЕСТВЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (CSO)	
2. ИМЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА/МЕНЕДЖЕРА	3. ТЕЛЕФОН
4. ИМЯ КЛИЕНТА	5. ВИД ПОМОЩИ
6. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	7. НОМЕР КЛИЕНТА e-JAS
8. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР СЕМЬИ КЛИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ	9. ТЕЛЕФОН
10. АДРЕС КЛИЕНТА	

### РАЗДЕЛ I. ДЕЙСТВИЕ ПО ДЕЛУ

- Назначение доверенного получателя для данного дела, дата начала: \_\_\_\_\_  Изменение плана  
 Окончание полномочий доверенного получателя, дата вступления в силу: \_\_\_\_\_

### РАЗДЕЛ II. ПРИЧИНА ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ДЛЯ ДАННОГО ДЕЛА (ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КВАДРАТИК)

1. TANF/SFA (Временная помощь нуждающимся семьям/Помощь для семей штата) кто-то из членов семьи не принимал участия в мероприятиях программы WorkFirst без уважительной причины. (WAC 388-460-0045)

Наказание лица(лиц):

ИМЯ КЛИЕНТА: \_\_\_\_\_ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА: \_\_\_\_\_

ИМЯ КЛИЕНТА: \_\_\_\_\_ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА: \_\_\_\_\_

ДЕЛО ПО ВЫПЛАТЕ ПОСОБИЯ SAFETYNET ДЛЯ ДЕТЕЙ

ИМЕНА И ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ

ИМЕНА И ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ

2. Несовершеннолетний родитель (TANF/SFA). WAC 388-460-0040

3. Из-за критической ситуации родственник, ухаживающий за детьми неспособен заботиться о своих несовершеннолетних детях. (WAC 388-460-0030)

4. Неправильное распоряжение деньгами. (WAC 388-460-0035)

5. Другое (WAC 388-460-0035-3):

### РАЗДЕЛ III. ПЛАН ПЛАТЕЖЕЙ - ЗАПОЛНИТЕ ТЕ КВАДРАТИКИ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНИМЫ (ЕСЛИ ИНФОРМАЦИЯ ИЗВЕСТНА)

1. ИМЯ ЛЕНДЛОРДА	2. ТЕЛЕФОН ЛЕНДЛОРДА (КОД РЕГИОНА) (       )
3. АДРЕС ЛЕНДЛОРДА	4. НЫНЕШНЯЯ СУММА КВАРТПЛАТЫ/ПЛАТЕЖА \$

КОМПАНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩАЯ КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ НАЗВАНИЕ	ЧЕЛОВЕК, УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА ДЕТЬМИ НАЗВАНИЕ
АДРЕС	АДРЕС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД РЕГИОНА) (       )	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (КОД РЕГИОНА) (       )

ДРУГИЕ ПЛАТЕЖИ ИЛИ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

### РАЗДЕЛ IV. ВЫБОР ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ

1. ИМЯ ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ

2. РАБОЧИЙ АДРЕС ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ

3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДОВЕРЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ  
(КОД РЕГИОНА) (       )

### РАЗДЕЛ V. ПОДПИСИ

(КЛИЕНТ НЕ ПОДПИСЫВАЕТ ИЗВЕЩЕНИЕ О ЗАКРЫТИИ)

1. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА/МЕНЕДЖЕРА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО

ДАТА

2. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА

Клиент не подписал, с ним невозможно  
связаться/он не хочет сотрудничать

ЗАМЕЧАНИЯ

## **Права клиента и извещение, касающееся плана доверенного получателя, DSHS 14-426.**

### Извещение клиента

Если необходимо назначение доверенного получателя, клиент должен быть извещён в течение десяти (10) дней со дня, когда это было сделано.

### Информация о справедливом слушании

Если вы не согласны с решением о назначении вам доверенного получателя или об отмене услуг доверенного получателя, вы можете попросить о назначении справедливого слушания. Чтобы попросить о назначении справедливого слушания, обратитесь в Community Service Office (CSO) или напишите в Отдел Апелляций по адресу: Board of Appeals, Department of Social and Health Services, P O Box 2465, Olympia, WA 98504. Вы должны подать просьбу о назначении справедливого слушания в течение 90 дней со дня получения вами экземпляра этого плана.

Во время слушания вы имеете право представлять себя сами, быть представленным адвокатом или любым другим лицом по вашему выбору. Возможно, что вы сможете получить бесплатную юридическую консультацию или представительство, обратившись в офис юридического обслуживания.

### Собеседование в Отделе

Вы можете иметь собеседование с финансовым работником, работником, ведущим дела по программе WorkFirst, социальным работником или начальником, чтобы обсудить действие, предлагаемое в этом письме. Это собеседование не задержит и не заменит проведение справедливого слушания, и оно может помочь скорее разрешить проблему.

### Антидискриминационная политика

Наши программы обслуживают всех, независимо от расы, цвета кожи, пола, возраста, инвалидности, религиозной принадлежности, политических взглядов или страны происхождения.